

Trends tot arbeidsongeschiktheid

In de discussie over het toenemende aantal arbeidsongeschikten blijven de oorzaken van de groei maar al te vaak in mist gehuld. In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de determinanten van deze ontwikkeling. Het groeiende aantal arbeidsongeschikten lijkt de afgelopen twintig jaar in de hand te zijn gewerkt door sociaal-demografische factoren, een ruim arbeidsongeschiktheids criterium, veranderende arbeidsomstandigheden en de situatie op de arbeidsmarkt. Tegen die achtergrond is het de vraag of twee recente voorstellen, die de volume-ontwikkeling in de toekomst beogen om te buigen, voldoende effectief zullen zijn.

DRS. J.C. VROOMAN – DRS. A.A.M. DE KEMP*

Als Nederland binnenkort een miljoen arbeidsongeschikten telt wordt een psychologisch belangrijke grens doorbroken. Het getal wekt apocalyptische associaties. Voor sommige mensen, beleidsmakers niet uitgezonderd, kondigt een omvang van één miljoen de onhoudbaarheid van de Nederlandse sociaal-economische ordening aan.

Hoewel het groeiend beroep op de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) om een aantal redenen zorgwekkend is, moet niet uit het oog worden verloren dat deze trend zich reeds geruime tijd aftekent. In dit artikel proberen wij de achtergronden van het gestaag toenemend arbeidsongeschiktheidsvolume in beeld te brengen. De analyse is gebaseerd op een onderdeel van het hoofdstuk Sociale zekerheid van het *Sociaal en Cultureel Rapport 1990*, dat deze maand verscheen. Allereerst zullen wij aangeven waarom het stijgend aantal arbeidsongeschikten juist nu, afgezien van de psychologische aspecten, problematisch is. Daarna toetsen we vier hypothesen, die

de toeneming van het arbeidsongeschiktheidsvolume in de afgelopen twintig jaar kunnen verklaren. Ten slotte gaan wij in op de mogelijkheden voor het toekomstig volumebeleid.

Arbeidsongeschiktheidsvolume als probleem

Tabel 1 laat zien hoe het arbeidsongeschiktheidsvolume zich tussen 1970 en 1990 heeft ontwikkeld. Twintig jaar geleden deden 215.000 mensen een beroep op de WAO. In de tweede helft van de jaren zeventig steeg het aantal personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering sterk. Dit kwam vooral doordat in 1976 de AAW werd ingevoerd. Door deze volksverzekering hadden niet alleen werknemers in het bedrijfsleven en bij de overheid, maar ook groepen als vroeg-gehandicapten, studerende en zelfstandigen een dekking voor inkomensachteruitgang door arbeidsongeschiktheid. In het begin van de jaren tachtig kende het arbeidsongeschiktheidsvolume een constant groeitempo (ongeveer 2% per jaar), maar vanaf 1987 trad weer een versnelling op. In 1989 steeg het aantal uitkeringsgerechtigden met 31.000 personen. Ten opzichte van 1970 is het volume inmiddels verviervoudigd.

In dezelfde tabel is een raming van het toekomstig aantal arbeidsongeschikten opgenomen. Wanneer men ervan uitgaat dat de versnelling van de instroom vanaf 1987 incidenteel was en de oude trend zich weer zal herstellen, moet in 1996 worden gerekend op ruim een miljoen arbeidsongeschikten. Wanneer men aanneemt dat de versnelde instroom duidt op een trendbreuk zal reeds in 1994 sprake zijn van een miljoen arbeidsongeschikte personen. Na correctie voor gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid blijft evenwel dat het beroep op de WAO en AAW vóór het jaar 2000 waarschijnlijk het miljoen uitkeringsjaren niet zal overschrijden¹.

Tabel 1. Het arbeidsongeschiktheidsvolume

Jaar	In personen (x 1000)	In uitkeringsjaren (x 1000)
1970	215	196
1973	287	253
1977	531	489
1981	684	634
1985	762	698
1989	845	755
1993 (trendraming)	950	804
1997 (trendraming)	1.027	844
1993 (trendbreukraming)	974	823
1997 (trendbreukraming)	1.140	933

Bron: Ministerie van SZW, *Financiële nota sociale zekerheid* (realisaties).

* De auteurs zijn verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau. Dit artikel is op persoonlijke titel geschreven

Waarom is deze ontwikkeling problematisch? In de eerste plaats heeft het groeiende aantal arbeidsongeschikten maatschappelijke effecten. Het toenemende beroep op WAO en AAW draagt bij aan een ongunstige getalsverhouding tussen actieven en inactieven en vermindert daardoor het draagvlak voor de sociale zekerheidsregelingen. Terwijl in 1970 tegenover ieder uitkeringsjaar 9,9 arbeidsjaren stonden, was dit in 1989 teruggelopen tot een verhouding van 1:2,9. Ook betekent het toenemend aantal arbeidsongeschikten dat een groeiend deel van de Nederlandse bevolking relatief jong uit het arbeidsproces verdwijnt. Dit kan gepaard gaan met een groter sociaal isolement en meer bestaansonzekerheid bij arbeidsongeschikten.

In de tweede plaats kan men in deze tijd van Europese eenwording niet aan de internationale context voorbijgaan. Uit tabel 2 blijkt dat Nederland relatief veel uitgeeft aan ziekte- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Per hoofd van de potentiële beroepsbevolking bedroeg dit in 1985 bijna f 5600 per jaar. De gestandaardiseerde uitgaven voor deze voorzieningen lagen in andere EG-landen 13 tot 70% lager. Dit doet vermoeden dat ons sociaal zekerheidsstelsel op dit punt wellicht goedkoper kan worden ingericht².

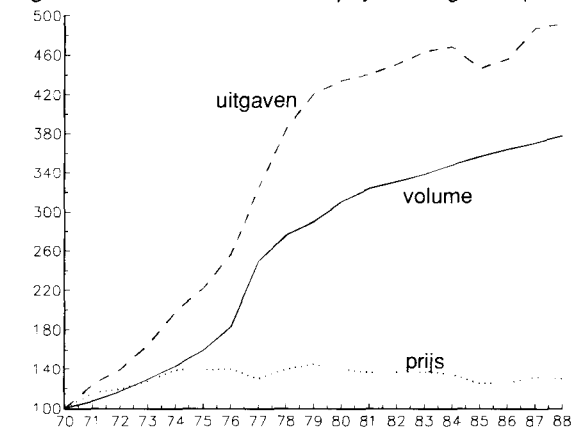
Een derde reden tot zorg schuilt in de relatie tussen volume-, prijs- en uitgavenontwikkeling. Figuur 1 brengt de samenhang tussen deze trends in beeld. De uitgaven voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen namen tussen 1970 en 1989 toe van f 4,4 tot f 21,5 miljard³. In het begin van de jaren zeventig lagen hier zowel prijs- als volume-ontwikkelingen aan ten grondslag. In 1970 kostte een arbeidsongeschiktheidsuitkering gemiddeld f 22.300 per jaar, in 1976 was dat opgelopen tot f 31.300. Het volume steeg in die periode van 196.000 naar 359.000 uitkeringsjaren. Daarna is het prijspeil niet verder gestegen, maar is de volume-ontwikkeling verantwoordelijk geweest voor de toenemende uitkeringslasten. In 1977 leidde de invoering van de AAW tot een sterke volumetoename en een verlaging van de gemiddelde uitkeringsprijs: er kwamen veel arbeidsongeschikten met een minimum-uitkering bij.

In de jaren tachtig werden diverse volume-maatregelen genomen. Door de WAGW werd bij overheid en bedrijfsleven een vrijwillig quotum van 5% gehandicapte werknemers van kracht, en bij de stelselherziening van 1987 werden de bepalingen die verdiscontering van werkloosheid in WAO en AAW mogelijk maakten afgeschaft. De volume-ontwikkeling werd door deze initiatieven echter niet ten goede gekeerd. De prijsmaatregel van 1985, waarbij het uitkeringsniveau van de WAO werd verlaagd van 80 tot 70% van het laatste inkomen, was wél effectief: de gemiddelde uitkeringshoogte daalde en bedraagt sindsdien ongeveer f 29.000 per jaar. Aanvankelijk verminderden ook de totale uitgaven door deze prijsingreep, maar de versneling van de volume-ontwikkeling zorgde aan het eind van de jaren tachtig weer voor stijgende lasten.

Tabel 2. Uitgaven aan ziekte en arbeidsongeschiktheid in de EG, 1985 (in guldens)

Land	Uitgaven per hoofd van de bevolking (15-64 jr)	Index (NL=100)
Nederland	5.592	100
West-Duitsland	4.838	87
Frankrijk	4.004	72
Italië	3.895	70
Denemarken	3.832	69
België	3.726	67
Verenigd Koninkrijk	2.901	52
Ierland	2.374	42
Spanje	1.731	31

Figuur 1. WAO/AAW: volume, prijs en uitgaven (indices)



Thans is een situatie bereikt waarin een prijsbeleid niet goed meer mogelijk is. Prijsmaatregelen kunnen leiden tot een aantasting van de bestaanszekerheid van arbeidsongeschikten: door lagere uitkeringen worden meer mensen op het sociaal minimum teruggeworpen. Ook zal een prijsbeleid na verloop van tijd leiden tot een volledige uitholling van het equivalentiebeginsel van de WAO: de relatie die in principe bestaat tussen betaalde premies en uitkeringshoogte verdwijnt wanneer men het uitkeringsniveau regelmatig verlaagt. Het voornaamste is echter dat prijsmaatregelen het werkelijke probleem, de volume-ontwikkeling, niet structureel oplossen en daardoor hooguit tijdelijk soelaas bieden voor de stijgende kosten van WAO en AAW.

Verklaringen voor de groei

Het kabinet Lubbers-Kok heeft zich ten doel gesteld "te komen tot een situatie waarin het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen in ieder geval niet meer toeneemt"⁴.

Als men een effectief volumebeleid wil realiseren, is het goed eerst na te gaan welke factoren in het verleden hebben geleid tot de toeneming van het aantal arbeidsongeschikten. Wij hebben voor de periode 1970-1988 vier mogelijke verklaringen onderzocht:

- een hypothese over de omvang van de verzekerdenkring: het aantal arbeidsongeschikten is gegroeid doordat het aantal verzekerden toenam;
- een sociaal-medische hypothese: het aantal arbeidsongeschikten is toegenomen door veranderingen in de gezondheidstoestand of de perceptie daarvan;
- een arbeidsomstandigheden-hypothese: het aantal arbeidsongeschikten is gestegen doordat de aard van het werk is veranderd;

1. In beide ramingen zijn tot 1992 de prognoses van de SVr. gehanteerd. Voor de jaren daarna is uitgegaan van de CBS-bevolkingsprognose, onder correctie voor de lange-termijntrend van de in- en uitstroombalans (trendraming), c.q. de sinds 1987 oplopende trend bij de instroom en een constant veronderstelde uitstroom (trendbreukraming). Bij de herleide uitkeringsjaren is rekening gehouden met het effect van de afschaffing van de verdiscontering (een 10% lagere instroom).

2. Daarbij moet echter wel worden bedacht dat andere landen meer geld kwijt zijn aan andere voorzieningen. Zo geven de Westduitsers het hoogste bedrag uit aan ouderdomsuitkeringen, en besteden de Denen het meeste geld aan werkloosheidsuitkeringen en gezinsvoorzieningen. Zie SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1990*, VUGA, Den Haag, 1990, blz. 99-101.

3. Alle genoemde prijzen en uitgaven zijn op basis van de prijsindex voor de gezinsconsumptie uitgedrukt in guldens van 1989.

4. *Regeringsverklaring*, Handelingen II 14-308, Vergaderjaar 1989/1990, 27 november 1989.

- een arbeidsmarkthypothese: er zijn meer arbeidsongeschikten gekomen doordat de concurrentiepositie van gehandicapten op de arbeidsmarkt is verslechterd.

De omvang van de verzekerdenkring

Tussen 1970 en 1988 groeide de beroepsbevolking van 4,8 tot 6,2 miljoen personen. De invoering van de AAW heeft ertoe geleid dat nieuwe groepen aanspraak konden maken op de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Deze ontwikkelingen hebben het aantal personen dat voor arbeidsongeschiktheid is verzekerd de afgelopen twintig jaar doen toenemen. Door deze grotere omvang van de verzekerdenkring ligt een stijging van het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen voor de hand.

Als het aantal uitkeringsgerechtigden gelijke tred zou hebben gehouden met het aantal verzekerde werknemers, zou het uitkeringsvolume tussen 1970 en 1988 met 99.000 personen zijn toegenomen, hetgeen overeenkomt met 18% van de werkelijke volumestijging (exclusief ABP-verzekerden). Door veranderingen in de verdeling van het verzekerdenbestand naar leeftijd en geslacht zou men een stijging met nog eens 12.000 personen verwachten (2% van de realisatie). De invoering van de AAW, ten slotte, heeft ertoe geleid dat 126.000 personen die in 1970 geen aanspraken hadden kunnen doen gelden in 1988 een uitkering ontvingen. Dit is 23% van de feitelijke volumetoename.

De 'verzekerden-hypothese' heeft zodoende een behoorlijke verklaringskracht. Ongeveer 44% van de volumegroei kan worden toegeschreven aan sociaal-demografische factoren en de invoering van een volksverzekering. Anders geformuleerd: indien de verzekerdenpopulatie niet in omvang en samenstelling was veranderd en de AAW niet was ingevoerd, zou het volume van de arbeidsongeschiktheidsregelingen voor 1988 kunnen worden geschat op ongeveer 520.000 personen. Een toename van ruim 300.000 personen kan niet door de verzekerdenhypothese worden verklaard; daarbij zijn kennelijk andere factoren in het geding.

Sociaal-medische ontwikkelingen

Volgens de tweede hypothese wordt de volume-ontwikkeling door sociaal-medische ontwikkelingen bevorderd. Deze veronderstelling kan op twee manieren worden uitgewerkt:

- de Nederlanders zijn in het algemeen eerder of ernstiger ziek, en daardoor stijgt het gebruik van WAO en AAW;
- het ziektebegrip in de samenleving is verruimd, en dat heeft zijn weerslag gekregen in het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Voor het eerste, een negatieve ontwikkeling van de algemene gezondheidssituatie, bestaan geen aanwijzingen. Tussen 1970 en 1987 nam de gemiddelde levensverwachting van mannen met 2,8 jaar toe, en die van vrouwen met 3,6 jaar. Het percentage Nederlanders dat desgevraagd vindt dat het met de eigen gezondheid 'slecht' is gesteld, daalt gestaag.

Een verruiming van het ziektebegrip is misschien een betere uitwerking van de hypothese. In deze opvatting leiden medische en sociale ontwikkelingen er toe dat klachten eerder worden onderkend, als ziekte worden geaccepteerd en met een uitkering worden gehonoreerd. In de medische sfeer kan worden gewezen op de voortgaande professionalisering. In de samenleving lijkt het ziektebegrip steeds meer te zijn verruimd tot 'het ontbreken van welbevinden'.

In Nederland geldt iemand als arbeidsongeschikt wanneer hij door ziekte of gebreken niet in staat is hetzelfde te verdienen als een gezonde persoon in vergelijkbare omstandigheden (art. 18 WAO, art. 5 AAW). Het verlies aan verdien-capaciteit is doorslaggevend, en dat hangt af van een beoor-

deling waarbij medische, arbeidskundige en loonkundige criteria een rol spelen. Het is niet zo, dat dit arbeidsongeschiktheidsbegrip bepaalde ziektes van de regelingen uitsluit. Dat zou kunnen door het bereik te beperken tot aandoeningen die direct verband houden met de beroepsuitoefening of door handicaps die het gevolg zijn van zelf verkozen gevaarlijk gedrag (zoals berg- en vechtsporten) van verzekering uit te sluiten. Het arbeidsongeschiktheids criterium genereert een ruime gelegenheidsstructuur, en het is denkbaar dat een bredere medische of maatschappelijke opvatting over ziekte rechtstreeks doorwerkt in het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Als het ziektebegrip in de samenleving is verruimd, zou dit tot uiting kunnen komen in verschuivingen in de oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij mensen die instromen in WAO en AAW. Het lijkt waarschijnlijk dat vage en niet-lichamelijke handicaps in de loop der tijd vaker voorkomen.

Uit tabel 3 blijkt dat diagnoses met een grote subjectieve component in de loop der tijd inderdaad belangrijker zijn geworden. Psychische ziekten zijn sinds 1970 de voornaamste groeicategorie. Zij komen relatief vaak voor bij jongeren, vrouwen en vroeg-gehandicapten, maar nemen ook bij alle andere categorieën een steeds prominenter plaats in. In 1970 vormden psychische stoornissen voor één op de acht personen de diagnose bij instroom, in 1988 was dit opgelopen tot een op de drie nieuwe uitkeringsgerechtigden. Indien het percentage psychisch zieken in de instroom sinds 1970 constant zou zijn gebleven, zou het uitkeringsgerechtigdenbestand in 1988 627.000 personen hebben omvat: 17% minder dan het werkelijke volume.

Ook voor de sociaal-medische hypothese lijkt zodoende enige ondersteuning te bestaan. Een bredere opvatting over ziekte in de samenleving heeft zich, door de ruime gelegenheidsstructuur van WAO en AAW, waarschijnlijk kunnen vertalen in een toenemend beroep op uitkeringen wegens psychische stoornissen.

Veranderende arbeidsomstandigheden

De derde hypothese stelt dat het groeiende aantal arbeidsongeschikten wellicht kan worden toegeschreven aan een verslechtering in de arbeidsomstandigheden. Is de aard van het werk in Nederland de afgelopen twintig jaar veranderd, en heeft dat ertoe geleid dat meer mensen arbeidsongeschikt zijn geworden? Het is niet waarschijnlijk dat de fysieke belasting tijdens het werk op grote schaal is toegenomen. Eerder hebben technologische ontwikkelingen (onder andere automatisering) en een uitgebreider arbeidsomstandighedenbeleid de lichamelijke belasting tijdens de arbeid verminderd. Ook is de werkgelegenheid in enkele bedrijfstakken waar de fysieke belasting traditioneel hoog is (bouw, agrarische sector) gedurende de laatste decennia afgenomen. In de meeste bedrijfstakken daalt het bedrijfsongevalrisico (het aantal ongevallen per duizend arbeidsjaren). Nieuwe technologieën kunnen wel hebben geleid tot andere vormen van fysieke belasting (bij voorbeeld 'repetitive strain injuries' door monotone kantoorhandelingen) en tot een ander type bedrijfsongevallen (bij voorbeeld in de chemische industrie), maar een grote stijging in de frequentie van dergelijke aandoeningen is voor de laatste twintig jaar niet aantoonbaar.

Anders is het gesteld met de psychische belasting door arbeid. Het is aannemelijk dat deze in de laatste twintig jaar op drie manieren is toegenomen. In de eerste plaats is de arbeid gecompliceerder geworden: de introductie van nieuwe technologieën en meer flexibele vormen van arbeidsorganisatie stelt hogere eisen aan de technische en sociale vaardigheden van mensen. In de tweede plaats is de onzekerheid over de positie in het bedrijf gedurende de laatste twintig jaar toegenomen door de vele reorganisaties, saneringen en bezuinigingen. In de derde plaats is de tijdsdruk van werkenden toegenomen, doordat zij vaak meer taken

moeten vervullen. Dit geldt in het bijzonder voor het groeiend aantal jonge vrouwen, dat betaalde arbeid combineert met huishoudelijke taken en de verzorging van kinderen.

Het lijkt plausibel dat een deel van de in tabel 3 gesignaleerde toename in het aantal psychisch arbeidsongeschikten kan worden herleid tot de grotere psychische belasting van werkenden. Het precieze effect van de 'arbeidsomstandighedenhypothese' kan op basis van de huidige gegevens niet worden vastgesteld.

De arbeidsmarkt

De laatste hypothese veronderstelt een verband tussen het aantal arbeidsongeschikten en de concurrentiepositie van gehandicapten op de arbeidsmarkt. Gehandicapten zijn niet alleen vanwege hun persoonlijke beperkingen, maar ook door andere kenmerken een zwakke groep op de arbeidsmarkt. Uit het 'Determinantenonderzoek'⁵ bleek dat zich onder arbeidsongeschikten relatief veel ouderen, laaggeschoolden en personen uit etnische minderheden bevinden. Soms hebben zij te maken met vooroordelen: werkgevers vrezen soms dat gehandicapten minder productief en vaker ziek zijn, en dat aanpassingen van de werkplek kostenverhogend zullen zijn.

Wanneer een recessie leidt tot een ruimere arbeidsmarkt kan dat op twee manieren in het arbeidsongeschiktheidsvolume doorwerken. Allereerst kan de toestroom naar WAO/AAW groter worden. Gehandicapten behoren door hun kwetsbare positie tot de eerste kandidaten om bij een economische neergang uit het arbeidsproces te worden verwijderd. De arbeidsongeschiktheidsregelingen bieden dan de mogelijkheid de uitstoot van werknemers te voorzien van een medische legitimering. Bovendien is een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor werkgevers en werknemers gunstiger dan een WW- of RWW-uitkering. Het bedrijf vermijdt lastige ontslagprocedures; de werknemer krijgt een loongerelateerde uitkering die tot het 65e jaar doorloopt, en wordt niet geconfronteerd met de sollicitatieplicht, de middelentoetsen en de terugval tot het minimuminkomen van de werkloosheidsregelingen.

In de tweede plaats kan een ruimere arbeidsmarkt de reïntegratie van uitkeringsgerechtigden bemoeilijken. Wanneer werkgevers uit voldoende niet-gehandicapte, jonge, geschoolde gegadigden kunnen kiezen, wordt het voor arbeidsongeschikten lastiger om aan de slag te komen.

Uit een analyse die wij binnenkort in *ESB* zullen publiceren blijkt, dat in de periode 1970-1988 een significante relatie bestaat tussen de werkloosheidscijfers en de in- en uitstroom van de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Het gecumuleerde arbeidsmarkteffect kan worden geraamd op ongeveer

105.000 personen: indien de werkloosheidsontwikkeling het arbeidsongeschiktheidsvolume in de achterliggende decennia niet zou hebben beïnvloed, zou het WAO/AAW-bestand door de lagere instroom en hogere uitstroom in 1988 ongeveer 14% minder personen hebben geteld. De 'arbeidsmarkthypothese' kan zeker niet worden verworpen.

Mogelijkheden voor toekomstig volumebeleid

Het groeiende arbeidsongeschiktheidsvolume van de laatste twintig jaar is zodoende in de hand gewerkt door de uitbreiding van de verzekerdenkring, het ruime arbeidsongeschiktheidsbegrip, de toenemende psychische belasting en de verslechterende concurrentiepositie van gehandicapten op de arbeidsmarkt. Een beleid dat de volumeontwikkeling op korte termijn wil ombuigen moet zich dan ook niet op één factor richten, maar dient de verschillende oorzaken van het complexe probleem aan te pakken.

Een werkgroep van werkgevers, werknemers en overheid heeft voorgesteld het wervings- en uitstootgedrag van bedrijven door financiële prikkels te veranderen⁶. De tripartite werkgroep bepleit de invoering van een bonus/malus-systeem, in analogie van de gang van zaken bij autoverzekeringen. Wanneer bedrijven een arbeidsongeschikte in dienst nemen, zouden zij daarvoor een geldelijke beloning ontvangen (de bonus). Daar staat tegenover dat voor iedere werknemer die naar de arbeidsongeschiktheidsregelingen overgaat een boete (malus) zal worden opgelegd. Verder denkt de werkgroep bedrijven financieel te stimuleren door in de Ziektewet een systeem van premiedifferentiatie in te voeren.

De werkgeversorganisaties hebben ook een eigen voorstel uitgebracht⁷, dat in de besluitvorming een belangrijke rol kan gaan spelen. Naast de invoering van financiële prikkels bepleiten zij:

- een ander arbeidsongeschiktheidsbegrip. Niet de verdiencapaciteit, maar een medisch gegeven, de 'belastbaarheid', zou bij de keuring maatgevend moeten zijn;
- minder arbeidsongeschiktheidsklassen. Tot 33% arbeidsongeschiktheid zou geen uitkeringsrecht meer bestaan: de huidige eerste, en nagenoeg de gehele tweede klasse worden afgeschaft. Daarboven bestaan slechts twee klassen: gedeeltelijke (33-66%) en volledige arbeidsongeschiktheid (67-100%);
- een strakker ontslagbeleid. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten moeten waar mogelijk bij hun werkgever in dienst blijven;
- een referte-eis, zoals de WW al kent. Om aanspraak te kunnen maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering moet men dan in het jaar voorafgaand aan de invalidering ten minste 26 weken in dienstverband hebben gewerkt;
- een beperking van de loongerelateerde uitkering. De duur daarvan zou, evenals in de WW, aan het arbeidsverleden moeten worden gekoppeld. Na die loongerelateerde periode zou tot de pensioengerechtigde leeftijd aanspraak bestaan op een minimumuitkering zonder middelentoets.

De tripartite werkgroep en de werkgeversorganisaties hebben het effect van hun voorstellen op de ontwikkeling

Tabel 3. Medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid, 1970-1988, (in procenten)

Diagnose	Nieuwe toekenningen			Bestand ^a 1988
	1970	1980	1988	
Psychische ziekten	13	24	31	26
Zenuwstelsel en zintuigen	5	5	5	6
Hart- en vaatziekten	21	14	9	10
Ziekten van ademhalingswegen	9	5	3	4
Bewegingsorganen	25	29	33	28
Onvoldoende omschreven klachten en symptomen	3	6	2	12
Ongevallen	9	5	5	5
Overige ziekten	15	13	12	10
Totaal aantal (*1000)	48	91	76	756

a. Exclusief ABP-verzekerden.
Bron: GMD (SCP-bewerking).

5. L.J.M. Aarts e.a., *Determinantenonderzoek WAO* (eindrapportage), Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer, 1987.

6. Stichting van de Arbeid, Tripartite werkgroep volumebeleid arbeidsongeschiktheidsregelingen, *Interimrapportage*, Den Haag, 1989.

7. VNO, Voorstel werkgevers tot indammen snelle groei aantal arbeidsongeschikten, *Weekblad Onderneming*, 28 juni 1990

van het aantal arbeidsongeschikten niet becijferd. Dat is ook niet gemakkelijk, maar een voorlopige beoordeling van de mogelijkheden voor een toekomstig volumebeleid kan hier wel worden gegeven.

Het lijkt waarschijnlijk dat sociaal-demografische trends ook in de jaren negentig zullen leiden tot een sterke onderstroom in de volume-ontwikkeling. Het CPB voorziet dat het arbeidsaanbod tussen 1990 en 2000 door demografische trends en de stijgende arbeidsparticipatie van gehuwde vrouwen zal toenemen van 6,4 tot 7,1 miljoen personen, een stijging van 11%⁸. Dat betekent een verdere toename van het aantal verzekerden, die zonder aanvullende maatregelen door zal werken in het beslag op de arbeidsongeschiktheidsregelingen.

Een beleid gericht op financiële prikkeling gaat impliciet uit van de 'arbeidsmarkthypothese'. Door invoering van een bonus/malus-systeem wil de tripartite werkgroep gehandicapten een betere concurrentiepositie verschaffen. Dat behoeft echter niet rechtstreeks te leiden tot een ombuiging van de volume-ontwikkeling, omdat de situatie op de arbeidsmarkt niet de enige oorzaak van het toenemend aantal arbeidsongeschikten is. Wanneer het beleid zich desondanks op die factor concentreert, veronachtzaamt men de volume-stijging die verband houdt met sociaal-demografische ontwikkelingen, het ruime arbeidsongeschiktheidsbegrip en de toenemende psychische belasting van werkenden.

Bovendien lijkt een 'prikkelbeleid' slechts onder één conditie zinvol: een ruime arbeidsmarkt. In die omstandigheden is het voor gehandicapten moeilijk een baan te verwerven of behouden, en kunnen financiële stimuli nuttig zijn. Als de arbeidsmarkt daarentegen krapper wordt, en de dalende werkloosheidscijfers wijzen thans in die richting, is een prikkelbeleid waarschijnlijk minder doeltreffend.

Het werkgeversvoorstel is minder eenzijdig: hierin staat de structuur van WAO en AAW centraal. Door de introductie van de 'belastbaarheid' als criterium zal de looncomponent bij de keuring in beginsel geen rol meer zal spelen: het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt een puur medisch-arbeidskundige kwestie. Het zal niet langer zo zijn dat iemand met een relatief hoog dagloon vrij snel in de hogere arbeidsongeschiktheidsklassen belandt, omdat hij met zijn restcapaciteit slechts een gering inkomen zou kunnen verdienen. De gemiddelde mate van arbeidsongeschiktheid zal daardoor waarschijnlijk afnemen, en dat werkt door in het volume. De omvang van die daling hangt echter af van de manier waarop verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen het nieuwe criterium uit zullen voeren.

Een referte-eis zal ertoe leiden, dat een deel van de verzekerden in de toekomst een uitkeringsaanvraag niet gehonoreerd zal zien, omdat zij in het laatste jaar te weinig arbeid hebben verricht of geen dienstverband hadden. Waarschijnlijk zal dit jongeren en de categorieën waarvoor in de WW al een verlaagde wekeneis geldt (onder andere seizoenarbeiders, musici en artiesten) bovenmatig treffen. De duurbepaling op basis van het arbeidsverleden zal op zich geen volume-daling teweegbrengen, omdat afgekeurd hun uitkeringsrecht in principe behouden. Aangezien zij na verloop van tijd terugvallen op een minimumuitkering, zal wel een zeker prijseffect worden gerealiseerd: de gemiddelde uitkeringshoogte wordt lager. Ook wordt de WAO ten opzichte van de werkloosheidsregelingen minder aantrekkelijk, waardoor wellicht enige substitutie zal plaatsvinden.

De afschaffing van de laagste arbeidsongeschiktheidsklassen zal wel tot een volumebeperking leiden, maar die moet niet worden overschat. Uitgaand van het bestand van 1989 kan dit een reductie van ongeveer 56.000 personen bewerkstelligen, ofwel 7% van het totale volume. Omgerekend in herleide uitkeringsjaren is het volume-effect veel

kleiner, omdat personen in de laagste arbeidsongeschiktheidsklasse een gedeeltelijke uitkering hebben. Het gaat dan om een reductie met 14.000 herleide uitkeringsjaren, ofwel slechts 2% van het totale volume. Daar moet wel bij worden opgemerkt dat de invoering van het 'belastbaarheids criterium' er toe zou leiden dat een wat grotere groep onder de grens zou belanden. Ten slotte zal het in dienst houden van gedeeltelijk arbeidsongeschikten niet zonder meer tot een volumebeperking leiden: deze personen zullen veelal aanspraak blijven maken op een uitkering.

Het is al bij al onzeker of de huidige voorstellen de centrale kabinetsdoelstelling, het beroep op WAO/AAW ombuigen, volledig kunnen realiseren. Het voorstel van de tripartite werkgroep is vrij eenzijdig. Een beleid gericht op financiële prikkeling ziet de ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten in de kern als een arbeidsmarktprobleem, en bij een krappere wordende arbeidsmarkt zullen dergelijke maatregelen waarschijnlijk niet effectief genoeg zijn. Het werkgeversvoorstel gaat een stap verder, maar laat de volume-toename die verband houdt met de sociaal-demografische ontwikkeling, de groeiende categorie psychisch arbeidsongeschikten en de arbeidsomstandigheden buiten beschouwing. Daardoor is ook aan deze vrij ingrijpende systeemwijziging het risico verbonden dat de gewenste ombuiging niet geheel zal worden verwezenlijkt.

Wat kan men verder doen? Het lijkt allereerst zinvol meer aandacht te besteden aan het groeiend aantal arbeidsongeschikten met een psychische aandoening. Het arbeidsomstandighedenbeleid moet niet alleen gericht zijn op het voorkomen van fysieke aandoeningen en bedrijfsongevallen, maar ook aan psychische preventie een centrale plaats toekennen. In het bedrijfsmaatschappelijk werk en in de begeleidingstaak van bedrijfsverenigingen en de GMD moet evenzeer een 'psychische beleidsintensivering' worden overwogen. Verder moet men er zich rekenschap van geven dat de volume-ontwikkeling voor een deel moeilijk door het beleid kan worden beïnvloed (de sociaal-demografische trends), en voor een ander deel ooit door het beleid werd gewenst (een volksverzekering met een ruim arbeidsongeschiktheidsbegrip).

Ten slotte lijken twee aanbevelingen zinvol, indien men WAO en AAW structureel wil herzien:

- kwantificeer de mogelijke invloed van systeemaanpassingen op de ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten. Zo kan worden voorkomen dat men tot maatregelen besluit die het volume onvoldoende inperken, waardoor een van de betere arbeidsongeschiktheidsregelingen in West-Europa nodeloos zou worden aangetaast;
- besteed meer aandacht aan de externe effecten. Als een aanpassing van WAO/AAW leidt tot een daling van het aantal arbeidsongeschikten, kan dit doorwerken in een hoger beroep op andere regelingen (WW, VUT, IOAW, RWW), en in een afnemende van de gemiddelde arbeidsproductiviteit. Daarom is de ontwikkeling van een integrale visie gewenst, waarin ook dergelijke substituties worden meegewogen. Het probleem moet misschien niet worden gesteld als: 'hoe krijgen we minder arbeidsongeschikten?', maar eerder worden geformuleerd als: 'onder welke voorwaarden laten we mensen het arbeidsproces verlaten, en welke rechten en plichten willen wij daaraan verbinden?'

J.C. Vrooman
A.A.M. de Kemp

8. CPB, *Herziening Trendmatig Arbeidsaanbod 1985-2000*, Den Haag, 1987.